

ПРОБЛЕМИ Й ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ ФТИЗИАТРІЇ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Ярешко А. Г., Куліш М. В., Воробюхіна А. К., Костріков А. В.

Українська медична стоматологічна академія

Проаналізовано проблеми викладання фтизіатрії в закладах вищої медичної освіти в умовах реформування фтизіатричної служби із суттєвим обмеженням базової ролі протитуберкульозних закладів у підготовці лікарів і проблеми у виконанні навчальної й наукової роботи працівників клінічних кафедр.

Ключові слова: фтизіатрія, викладання, реформа, проблеми.

The analysis of problems in teaching tuberculosis in medical universities in the context of reforming the health care system and tuberculosis service with a significant limitation of the basic role of TB institutions in the training of doctors and problems in teaching and research work of clinical departments.

Key words: tuberculosis, teaching, reform, problems.

Проблеми викладання туберкульозу як хвороби з поліорганною локалізацією були визначені в публікації Ярешко А. Г. зі співавт. [2], але реформа системи охорони здоров'я додала ще й організаційні проблеми навчального процесу, особливо у викладанні фтизіатрії. Систематизувавши рівні надання медичної допомоги населенню, реформування змінило дієвість низки нормативних документів, які регламентували співпрацю клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти і базових медичних закладів, та відігравали важливу роль у формуванні практичних навичок у студентів [1]. Це загострило і проблему підготовки висококваліфікованих, конкурентоспроможних медичних працівників, здатних працювати не тільки в Україні, а й за кордоном, і виконання планової науково-дослідної роботи педагогічними співробітниками кафедр.

Вітчизняна кадрова політика в системі охорони здоров'я завжди була пріоритетною, оскільки медичні кадри не тільки відіграють вирішальну роль у забезпеченні нормального функціонування, наукового й технічного прогресу галузі, а й виконують важливі соціальну і економічну функції в збереженні здоров'я й працездатності людського ресурсу країни. Тільки кадри з роками трудового стажу, удосконалюючи свої професійні знання й практичні вміння, набувають більш високої професійної цінності, порівняно із затратами на їхню підготовку. За умов низької оплати роботи медичні працівники вимушені залишати рідні міста в пошуку більш високої оцінки їхньої професійної кваліфікації. Реформа системи охорони здоров'я не забезпечила умов збереження кадрового ресурсу країни, ускладнила стосунки і співпрацю між науково-педагогічними кадрами й медичними закладами охорони здоров'я, які є навчальними базами клінічних кафедр. Скорочення майже в три рази кількості медичних професій, на які була орієнтована підготовка кадрів і нормативно-правові заходи в державі, зумовило виникнення низки організаційних і програмних проблем підготовки медичних кадрів. Ліквідація санітарно-епідеміологічної служби на прикладі пандемії CoViD-19 чітко показала глибину медико-соціального провалля, яке значною мірою зумовлене реформою, унаслідок чого суспільство й уряд країни не мають професійно компетентних, науково обґрунтованих протиепідемічних рекомендацій боротьби з цією інфекцією. Аналогічна ситуація створена і в реформуванні протитуберкульозної служби, тоді як туберкульоз входить у десятку основних причин смертності: від нього у світі помирає більше людей, ніж від усіх інфекційних хвороб. Захворюваність на туберкульоз в Україні протягом 25 років зберігає характер епідемії. За час реформування в умовах епідемії туберкульозу в Україні ліквідована половина протитуберкульозних закладів. І тоді, коли навіть ООН уперше у своїй історії у вересні 2018 року винесла на розгляд Генеральної асамблеї проблеми туберкульозу з акцентом на тому, що у світі формується епідемія резистентного туберкульозу, за частотою якого Україна займає друге місце в Європі. Складно зрозуміти, а тим більше зробити оцінку такої частоті реформаторів. Реформа – "це технологічний процес, який потребує дуже чіткого набору підходів, якими вона впроваджується. Для цього команда, яка проектує реформу, повинна мати чітке бачення шляху, яким потрібно пройти для досягнення результату" (Тоні Блер). Ідея реформи була в скороченні витратності громіздкої медичної системи і спрямуванні фінансів на покращення медичного обслуговування пацієнта. Але цього не сталося. Знову виникли перебої в забезпеченні ліками хворих на резистентний туберкульоз, які в умовах стаціонару не можуть своєчасно отримати повноцінне лікування.

Реформа системи охорони здоров'я визначила функціональні обов'язки лікарів на первинному, вторинному і третинному рівнях надання медичної допомоги населенню, але формально вона була завершена тільки для первинної ланки з розширенням і поглибленням обсягу лікувально-діагностичних обов'язків. Сьогодні лікарі первинної ланки кваліфікаційно недостатньо підготовлені й не забезпечені технологічно до такого великого обсягу недиференційованих пацієнтів і хвороб із необхідним обсягом обстежень для їх верифікації. Якщо до реформи дільничний лікар міг отримати консультативну допомогу фтизіатра або навіть працівника закладу вищої медичної освіти, то тепер обов'язки первинного обстеження пацієнта з підозрою на туберкульоз покладені на сімейного лікаря. Це означає, що сімейний лікар мусить провести повне клініко-лабораторне первинне обстеження хворого, у тому числі провести збір мокроти, приготувати мазок і провести мікроскопію за Ціль-Нільсеном на визначення кислотостійких паличок (КСП), що, по суті, є пошуком збудника туберкульозу. Тільки при отриманні позитивних результатів аналізу сімейний лікар має право направити пацієнта на консультацію до фтизіатра. У зв'язку з такими змінами виникла необхідність суттєвої перепідготовки сімейних лікарів на тематичних циклах із різних дисциплін, що потребує від закладів вищої медичної освіти додаткового часу на розробку планів тематичного удосконалення, тематичних планів лекцій, семінарів і практичних занять і їх методичне забезпечення. Реформа фтизіатричної служби завершилась значним скороченням ліжок для хворих на туберкульоз, закриттям районних туберкульозних відділень і переведенням на амбулаторне лікування великої кількості хворих на туберкульоз і, що дуже небезпечно з епідеміологічної точки зору, хворих на резистентні форми туберкульозу. Це означає, що тепер сімейний лікар має знати й уміти виконувати всі нормативні вимоги щодо виявлення, діагностики, ведення й лікування хворого на туберкульоз, знати терміни контрольних обстежень, формулювання діагнозу і внесення змін до нього на етапах

лікування. Інакше кажучи, щоб здійснювати повноцінне надання професійної допомоги хворому на туберкульоз, сімейний лікар за умов реформування має пройти перепідготовку з усіх розділів фтизіатрії, що вимагає значних матеріальних і фінансових затрат і сімейного, і державного бюджету. До цього мають бути готові й система охорони здоров'я, і заклади вищої медичної освіти [3].

Не можна обійти й той факт, що реформа системи охорони здоров'я внесла суттєві зміни у співпрацю закладів охорони здоров'я й клінічних кафедр закладів вищої медичної освіти. Виконання договірних умов між ЗВО й медичним закладом стало обмеженим, унаслідок чого надання висококваліфікованої допомоги хворим і виконання планової наукової роботи науково-педагогічними працівниками кафедр стали проблемними. Дотримання ліміту в 15% ліжкового фонду клінічного лікувального закладу стало також проблемним, оскільки переведення державних лікувальних закладів у комунальні змінило режим їхньої діяльності з 70-80% недофінансуванням із державного бюджету, що змусило керівників лікувальних закладів зробити корекцію не тільки штатного складу співробітників, а й кількості ліжок у відділеннях. За таких умов асистенти позбавлені можливості ведення навіть тематичних хворих, що вносить деяке напруження у стосунках із лікуючими лікарями. Передбачені договором обходи в стаціонарі набули формального характеру, оскільки діагноз і протокол лікування строго регламентовані й інформація внесена в державний реєстр обліку хворих на туберкульоз.

Отже, реформування протитуберкульозної служби відбулося таким чином, що й лікувальна діяльність, і можливість наукової роботи працівників кафедр (курсів) фтизіатрії стали суттєво обмежені. Але необхідність освоєння студентами закладів вищої медичної освіти фтизіатрії як навчальної дисципліни продиктоване самим життям. Тисячоліттями туберкульоз супроводжує людство епідеміями, уражуючи всі органи й тканини людського організму. Навіть нині, коли ми все знаємо про туберкульоз, він, зберігаючи глобальну епідемію, набув загрозливішої резистентної форми. Саме ці особливості сучасної епідемії туберкульозу зумовили необхідність введення й дотримання інфекційного контролю в медичних закладах, що значною мірою обмежило формування практичних навичок у студентів при курації хворих і написанні історії хвороби з туберкульозу. Компенсуючи ослаблення ризиків можливого інфікування студентів, нами була зроблена корекція з посиленням акцентів на х-променевої картині легеневої й позалегеневої форм туберкульозу, візуальна картина якого посилює й поглиблює сприйняття й розуміння тих змін, які характеризують патологічний процес в уражених органах. У більшості країн світу обстеження пацієнтів із хворобами бронхолегеневої системи починають з обов'язкового х-променевого обстеження для виявлення туберкульозу легень. Освоєння основних х-променевих проявів туберкульозу, їхніх характеристик, фонових змін значною мірою полегшують і диференційовану діагностику бронхолегеневих хвороб, що дуже важливо в практичній роботі сімейного лікаря.

Серед практичних навичок, які значною мірою залежать від можливостей базового протитуберкульозного закладу, особливо важлива бактеріологічна діагностика. Нині студенти мають можливість ознайомитися з сучасними молекулярно-генетичними методами діагностики туберкульозу на основі виявлення ДНК збудника цієї хвороби, що забезпечує точний діагноз. Студенти можуть ознайомитися з умовами роботи клінічної й бактеріологічної лабораторій, процедурних кабінетів, узяти участь у проведенні бронхоскопії, пульмонографії, що передбачено умовами договору з протитуберкульозним закладом. Оскільки протитуберкульозні заклади в умовах реформи стали комунальними підприємствами з 70-80% недофінансуванням із державного бюджету, складно передбачити умови подальшої співпраці з закладом вищої медичної освіти, але очевидно, що її потрібно зберегти.

Реформування фтизіатричної служби чітко орієнтоване на амбулаторне лікування хворих на туберкульоз, у зв'язку з чим може бути перспективним формування кафедр (курсів) фтизіатрії при поліклінічному відділенні обласного закладу протитуберкульозної служби, що наблизить навчальний процес до сьогоденних завдань, коли студент зможе брати участь у консультативному прийомі хворих, формуючи навички спілкування з хворим, формулювати попередній діагноз і визначати обсяг необхідних діагностичних обстежень на амбулаторному етапі. Розв'язання проблем підготовки кваліфікованих лікарів у закладах вищої медичної освіти можливе тільки за умов державницьких позицій у кадровій політиці на всіх рівнях управління країною й системою охорони здоров'я. Тільки підготовлені кадри здатні розв'язувати її гострі проблеми.

Список використаної літератури

1. Роль медицинского вуза в формировании коммуникативных навыков будущего специалиста / И.К. Черемушников, И.А. Захарова // *Лечебное дело*. – 2011. – № 2. – С. 123-126.
2. Поліорганність туберкульозу і проблеми його викладання / А.Г. Ярешко, М.В. Куліш, А.К. Воробушка // *Матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю*, 19 березня 2020 р. «Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика». – Полтава, 2020. – С. 275-276.
3. Formation of management skills in students of higher medical educational establishments in the period of health care reforming / V. Zhdan, Andrzej M. Fal. I, V. Bobyriov [et al.] // *Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю*, 22 березня 2018 р. «Актуальні питання контролю якості освіти у вищих навчальних закладах». – Полтава, 2018. – С. 86-87.